



نموذج مطالبة سداد

يرجى الاتصال بنا في حال وجود أي استفسار بخصوص هذا النموذج أو فيما يتعلق بالغطاء الخاص بكم على رقم ناس: (+971 26940700) أو على الرقم المجاني 8000 1800

بيانات العضو/المريض

رقم بطاقة التأمين	اسم الموظف
<input type="text"/>	اسم وعنوان المريض
رقم الموظف/رقم بطاقة الموظف:	اسم الشركة
تاريخ الميلاد / /	البريد الإلكتروني للموظف:
رقم هاتف الموظف	الجنسية
اسم وعنوان الطبيب	القسم الطبي (يتم استكمالها بالكامل بمعرفة الطبيب المعالج - يجب تعبئة كافة الخانات بخط واضح) تاريخ ملاحظة بداية الأعراض
أقر أنني الطبيب المعالج للمريض وأن التفاصيل المدونة صحيحة على حد علمي	توقيع وختم الطبيب
	التاريخ / /
	التشخيص

بيانات أخرى لشركة التأمين (في حال كان العلاج يتعلق بحادث أو كان الغطاء يندرج ضمن بوليصة تأمين أخرى، يرجى كتابة اسم شركة التأمين)

قسم المريض	
العلاج الداخلي (داخل المستشفى)	العلاج الخارجي (خارج المستشفى)
المبلغ المطلوب	المبلغ المطلوب
رسم غرفة المستشفى	الاستشارة
الراحة/التخدير/العلاج الوظيفي	الصيدلية
الأدوية/المختبرات / أخرى	التشخيص/المختبر/ أخرى
	الدولة التي يتم فيها العلاج
	إجمالي المبلغ المطلوب وعملة المطالبة

إقرار وموافقة المريض

أقر أنا المريض / زوج المريض أو الوصي (في حال كان عمر المريض أقل من 16 عامًا) وأرغب في المطالبة بالمنافع وأقر بأن كافة البيانات الواردة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. وأوافق بموجبه وأفوض الطبيب المعالج المشترك في رعاية المريض بمناقشة تفاصيل العلاج والترتيبات مع ناس. كما أقر بأن أي نسخة من هذا النموذج صحيحة مثل الأصل تمامًا.	التوقيع: / /
---	--------------